

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

90

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Guillaume SINGER

Né le 7 Décembre 1911, à BRAILA (Roumanie)

**Le point cervical supérieur droit
dans les affections douloureuses
hépato-biliaires**

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

—
1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Guillaume SINGER

Né le 7 Décembre 1911, à BRAÏLA (Roumanie)

Le point cervical supérieur droit dans les affections douloureuses hépatobiliaires

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAM.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	LAVASTINE.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET.
	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBECULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEOT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHEY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BÉZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

AMELINE	Pathologie chirurgicale.	MM.
BARIETY	Pathologie médicale.	DE GAUDART
BENARD Henri	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GAYET
BOULIN	Pathologie médicale.	GIROUD
BULLIARD	Histologie.	HAGUENEAU ..
CATHALA	Pathologie médicale.	HALPHEN
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
DOGNON	Physique.	JOANNON
FEY	Urologie.	LABBE Henri ..
FUNCK- BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LACOMME
GALLIARD	Parasitologie.	LANTUEJOUL ..
GASTINEL	Bactériologie.	LAROCHE Guy. .
		LELONG
		Pathologie médicale.



MM.		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	PIEDELJEVRE ..	Médecine légale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
LEVY (M ^{lle} J.)..	Pharmacologie.	RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie	RICHET	Physiologie.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.	SANNIE	Chimie biologique.
MOLLAPET ...	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expérimentale
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.	VIGNES	Obstétrique.
OBERLING	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale
PETIT-			
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUX	Anatomie pathologique
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-	
CHAILLEY-		LEMAIRE ...	Parasitologie.
BERT.....	Physiologie.	PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
CHIRAY		HEITZ-BOYER ..	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR.....		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
VALLÉRY-RADOT		VELTER	
(Fasteur).		ECALLE	
SEZARY		GUENIOT	} Clinique obstétricale
		LE LORIER	
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

Qu'il trouve ici mes plus profonds
sentiments de reconnaissance.

A MES SOEURS ET A MES FRERES

A MES AMIS

Les Docteurs LAUER, CUNER, ARMAND,
CAHANA, LEONARD, SZTROSBERG

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Qui a bien voulu nous faire le grand
honneur d'accepter la présidence de
cette thèse. En témoignage de notre
profonde reconnaissance.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI

*Professeur de Pathologie médicale
Médecin de l'Hôpital Broussais-Charité*

Dont le précieux enseignement a mis de l'ordre et de la clarté dans mes connaissances médicales. En témoignage de mon admiration et de mon profond respect.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON PARTURIER

Professeur à la Faculté libre de Lille

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans sa réalisation. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER PARLIER

Assistant à l'Hôpital Broussais

Qui nous a toujours réservé un accueil bienveillant auprès de lui et nous a honoré de ses conseils. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde sympathie et nos sincères remerciements.

LE POINT CERVICAL SUPÉRIEUR DROIT
DANS LES
AFFECTIONS DOULOUREUSES HÉPATO-BILIAIRES

HISTORIQUE

Dans les affections douloureuses abdominales, nous avons l'habitude de chercher, à côté d'une symptomatologie objective locale, en rapport étroit avec le viscère malade, d'autres signes à localisation souvent paradoxale et que seules des relations nerveuses pourraient expliquer.

Plusieurs auteurs, le professeur Chauffard en particulier, avaient déjà montré dans les affections abdominales, l'existence de points douloureux au niveau de la base du cou.

Parmi les zones douloureuses de la lithiasé biliaire, comme la zone pancréatico-cholédocienne, les points sus-deltôïdiens et parfois même sus-mammaires, dont on connaît la fréquence dans toutes les algies à point de départ hépatique, Chauffard avait insisté sur la valeur du point phrénique : réaction douloureuse, qu'on détermine en le recherchant par la pression digitale du tronc nerveux entre les deux chefs du sterno-cléïdo-mastoïdien.

Ce signe lui semblait de grande importance pour le diagnostic des crises vésiculaires, des cholécystites, des états hépatiques douloureux en général et pour leur différenciation d'avec les crises d'origine appendiculaire ou pylorique. Il attribuait ce point localisé à la base du cou, du côté droit, à un état d'hyperesthésie douloureuse du phrénique.

On peut seulement objecter le fait, que le nerf phrénique est à cet endroit un organe superficiel et en général c'est une pression profonde qui détermine la douleur.

Costa et Troisier en 1916 (Société médicale des hôpitaux) observent au cours de l'ictère infectieux bénin ou sévère, aigu ou chronique, une névralgie phrénique, qui se traduit par la douleur à la pression, au cou, au-devant du scalène antérieur, le long duquel descend le nerf phrénique. Généralement ils la trouvent à droite et accompagnée, mais pas toujours, d'une douleur assez vive à la pression du foie. Ils notent que cette sensibilité phrénique ne paraît pas en relation avec la gravité de la maladie, peut disparaître transitoirement, ou même définitivement avant la guérison de l'ictère et peut, par contre, persister pendant la convalescence et alors que le malade paraît guéri.

En 1919, dans la *Revue de Médecine* ⁽¹⁾, Cade et Par-turier étudiant les points douloureux du cou en rapport avec les affections abdominales, montrent, comme équivalent du point de Chauffard, qui accompagne

(1) *Revue de Médecine*, septembre-octobre 1919.

très fréquemment toute réaction douloureuse de la vésicule biliaire et parfois les réactions en sensibilité du foie, la valeur d'un point cervical gauche dans le diagnostic des affections organiques de l'estomac et du duodénum.

Ils concluent que la constatation d'un point douloureux cervical net, unilatéral ou à grande prédominance unilatérale, semble en rapport non avec des simples troubles fonctionnels, mais avec de véritables lésions organiques de l'étage supérieur de l'abdomen et particulièrement: du foie et des voies biliaires. s'il s'agit d'un point cervical droit (Chauffard), de l'estomac et du duodénum, si c'est le point cervical gauche qui est douloureux. Ce signe ne leur semble pas permettre de préjuger de la nature de la lésion et il existe aussi bien dans l'ulcus que dans le cancer ou dans les inflammations profondes.

En 1935 (1), G. Parturier propose un nouveau point cervical, situé à la partie haute du cou, derrière l'angle de la mâchoire et correspondant au corps de la III^e v. c. ; il aurait une signification beaucoup plus grande que le point inférieur qui siège à la base du cou. dans l'écartement des deux chefs sternal et claviculaire du sterno-cleido-mastoïdien.

(1) 12 Mars 1935. Société Médicale et Anatomo-Clinique de Lille.

ANATOMIE

« Ce point cervical supérieur » de Parturier a pour repère la partie la plus saillante de la colonne cervicale. A la hauteur du corps de la troisième vertèbre cervicale, il correspond, en arrière, au bord inférieur de l'apophyse épineuse de l'axis, en avant, à l'angle de la mâchoire, le sujet étant en position normale, c'est-à-dire la tête d'aplomb, la bouche fermée et les mâchoires pourvues de dents normales.

PARTIES MOLLES

Sur la face antérieure des vertèbres cervicales revêtues par les muscles longs du cou et le grand droit antérieur de la tête, nous voyons descendre dans l'atmosphère celluleuse limitée en avant par l'aponévrose cervicale profonde, à droite et à gauche, les deux chaînes du grand sympathique. Chaque chaîne repose en arrière, par l'intermédiaire de ces parties, sur l'échelle des apophyses transverses qu'elle croise à angle droit, en dedans de la saillie de leurs tubercules antérieurs.

Au niveau qui nous intéresse, c'est-à-dire de la troisième vertèbre cervicale, nous trouvons l'extrémité in-

férière du *ganglion sympathique cervical supérieur* (1) qui est situé de chaque côté du pharynx, en avant des apophyses transverses de la deuxième et troisième vertèbre cervicale, appliqué par une gaine lamelleuse contre l'aponévrose prévertébrale, ou compris dans un dédoublement de celle-ci. Dans la majorité des cas, il ne descend guère au-dessous de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre cervicale.

Du ganglion cervical sympathique supérieur se détachent :

1° des branches supérieures qui s'anastomosent avec les nerfs crâniens: le moteur oculaire externe, le moteur oculaire commun, le pathétique, le trijumeau, le glosso-pharyngien, le pneumogastrique, le grand hypoglosse.

2° des branches externes ou rameaux communicants ;

3° une branche inférieure, qui est le cordon du sympathique ;

4° des branches postérieures ou musculaires ;

5° des branches internes ou viscérales ;

6° des branches antérieures ou vasculaires ; ces derniers filets descendent soit isolément, soit anastomosés en plexus jusque dans l'angle de bifurcation de la carotide primitive, où, après avoir reçu des rameaux anastomotiques du glosso-pharyngien et du pneumogastrique, ils forment autour de l'origine des carotides internes et externes, le plexus intercarotidien.

(1) G. PARTURIER et SINGER, *Revue des Mal. du Foie*, 1937.

Le ganglion sympathique cervical supérieur et les filets qui s'en détachent, ainsi fixés par l'aponévrose cervicale profonde au devant du squelette de la colonne cervicale, sont en rapport plus lointain en arrière avec l'artère vertébrale, qui descend dans le conduit osseux que lui ménagent les apophyses transverses et à laquelle il envoie quelques filets nourriciers. Mais c'est surtout en avant que les rapports prennent leur importance, à cause des erreurs auxquelles la présence d'organes, de nerfs et de glandes importantes qui s'étagent au devant de lui pourraient donner lieu.

En effet, c'est là qu'on voit descendre le paquet vasculo-nerveux du cou, jouant dans une atmosphère de tissu cellulaire extrêmement lâche, qui lui accorde une grande mobilité, s'opposant à la fixité du système sympathique au devant de la colonne vertébrale.

Ce paquet vasculo-nerveux est composé ici, au niveau de la troisième vertèbre cervicale, de la carotide interne, qui se trouve en avant, de la jugulaire interne en dehors et du vague qui descend dans l'angle ainsi formé par les deux vaisseaux. Il se trouve donc que l'extrémité inférieure du ganglion cervical supérieur est en rapport avec la face postérieure de la carotide interne et du pneumogastrique, mais il convient de remarquer la variabilité de ces rapports, étant donné la mobilité du paquet vasculo-nerveux du cou.

Le doigt qui palpe, en se dirigeant vers la partie interne du tubercule de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale, tombe donc d'abord sur le paquet vasculo-nerveux du cou, mais ce paquet fuit

sous la pression et, en fin de compte, lorsque le doigt rencontre la résistance du plan osseux, c'est bien la chaîne sympathique et à ce niveau le ganglion cervical supérieur, qu'il comprime.

C'est un peu en dessous que se trouve un organe dont les recherches récentes ont montré l'importance et dont les réactions pourraient expliquer certains troubles consécutifs à la recherche du point cervical droit : c'est le sinus carotidien, amas de cellules nerveuses et ganglionnaires, qui siègent au niveau de la bifurcation de la carotide primitive, qui elle-même se fait au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, c'est-à-dire à la hauteur du bord supérieur de la quatrième vertèbre cervicale.

SEMEIOLOGIE

Pour rechercher le point cervical supérieur, il convient de placer le malade dans plusieurs positions différentes, d'après la forme du cou longiligne ou bréviligne, l'adiposité et l'état de tension des muscles.

1° Sur un sujet de constitution normale, moyenne, que vous examinez en position debout, vous vous placez à la droite du patient, celui-ci regardant directement en avant, la bouche fermée. Vous introduisez la pulpe de votre index dans le sillon retro-maxillaire, la pulpe tournée vers la colonne cervicale en haut et en dedans et vous progressez doucement jusqu'à sentir la résistance du plan ostéo-fibreux. Vous percevez alors, à la hauteur de l'angle de la mâchoire, au niveau de la partie la plus saillante de la colonne cervicale, point que vous soupçonnez seulement, car le doigt coiffé par les téguments a disparu dans la dépression rétro-maxillaire, les irrégularités du plan ostéo-fibreux avec les tubercules antérieurs de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale droite.

En faisant cheminer la pulpe de votre doigt au-dessus de la crête de cette apophyse et en passant sur sa pente interne, si le signe est positif, vous déterminez une douleur par la pression ;

2° Dans le cas où le cou de votre patient est épais et bas, ou si l'adiposité, la contraction des muscles empêchent votre doigt de progresser, vous placez le sujet en décubitus dorsal et vous lui faites incliner la tête sur le côté droit, pour donner aux muscles un relâchement plus complet. Dans ces conditions, votre doigt pénétrera plus profondément et plus facilement, mais vous devrez tenir compte de l'inclinaison latérale de la colonne cervicale et du déplacement de vos rapports ;

3° Parfois une hyperplasie du squelette, comme la saillie exagérée du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale, une déformation de spondylite, peuvent offrir une difficulté à la recherche du point cervical supérieur.

OBSERVATION

Mme D..., 47 ans.

A été opérée d'appendicite chronique en 1924. Elle vient nous consulter pour des douleurs dans les fosses iliaques. Très fatiguée le matin au réveil, elle a la bouche amère et pâteuse. Elle est sujette à des vertiges et à des éblouissements. Les digestions sont lentes. Elle éprouve de la somnolence après les repas, des migraines accompagnées de vomissements, de la constipation. Le foie est sensible à la palpation et déborde légèrement le rebord costal. La T.A. = 17/10.

On trouve un point cervical supérieur droit, mais le sympathique étant caché par une apophyse transverse très saillante, on est obligé de la contourner pour pouvoir déterminer la sensibilité du point.

DIAGNOSTIC

Nous avons trouvé dans les affections douloureuses hépato-biliaires, un point douloureux, que nous avons localisé, sous le contrôle radiographique, en dedans du tubercule antérieur de l'apophyse transverse de la troisième vertèbre cervicale droite.

Il importe maintenant de ne pas confondre cette douleur avec celle, que des organes malades, avoisinant cette région du cou, pourraient déterminer. Nous penserons ainsi chaque fois systématiquement à :

- 1° une arthrite cervicale,
- 2° un rhumatisme musculaire,
- 3° un point d'ostéite,
- 4° un abcès rétro-pharyngien,
- 5° la douleur d'un ganglion lymphatique correspondant à une angine, etc...,
- 6° Au syndrome du sinus carotidien, dont les symptômes peuvent accompagner la recherche du point cervical supérieur.

LE SINUS CAROTIDIEN. La carotide primitive se subdivise au niveau du bord supérieur du cartilage supérieur, c'est-à-dire à la hauteur de la partie supérieure de la quatrième vertèbre cervicale, en ses deux

branches principales, la carotide interne et la carotide externe. La carotide interne présente à son origine une dilatation, le bulbe ou le sinus carotidien, entourée d'un plexus nerveux qui se condense en un ganglion intercarotidien, d'où part un nerf, le nerf de Hering, qui s'anastomose avec le vague, le sympathique et surtout avec le glosso-pharyngien. (Etudes par Hering, Koch, Heymans, Tournade).

Cette zone vasculaire, tout comme le nerf dépresseur aortique, est vasosensible et reflexogène. Elle est limitée uniquement au sinus carotidien, c'est-à-dire à la dilatation de la carotide interne. (Hering.)

Ce nerf du sinus intervient de façon régulatrice, en déclenchant ou bien de la bradycardie et de l'hypotension artérielle générale, en réponse à une hypertension cardio-aortico-carotidienne, ou bien de la tachycardie et de l'hypertension artérielle en réponse à une hypotension de ces zones vasosensibles.

Cette régulation du tonus vasomoteur somatique en rapport avec la pression artérielle, n'est pas due à une action directe de la pression sanguine sur les centres nerveux vaso-régulateurs, mais uniquement à une action réflexe ayant comme point d'origine le sinus carotidien.

L'excitation de cette zone réflexogène par compression externe, ralentit le cœur et abaisse la pression artérielle. (Heymans.)

Ainsi, en recherchant le point cervical supérieur droit, nous avons été témoins de certains troubles concomitants, comme la pâleur et la perte de connaissance du sujet examiné et nous avons constaté un ra-

lentissement du pouls en même temps qu'un abaissement de sa tension artérielle, qu'on pourrait attribuer à la proximité du sinus carotidien.

OBSERVATION

M. M..., 50 ans.

Il est en traitement pour le diabète. Au poids de 72 kgs, il présente actuellement une glycémie de 1 gr. 95, une glycosurie de 11 gr. 35, pour un régime alimentaire de 125 gr. de H. de C. Il est prédisposé aux vertiges, présente des troubles digestifs : des vomissements surtout le matin à jeun et de la constipation. Gros ventre.

Le foie est sensible et déborde d'un travers de doigt le rebord costal.

T.A. = 15/7

Pouls : 68.

On lui trouve un point cervical supérieur droit, mais par sa pression on détermine en même temps que la douleur, un phénomène lipothymique avec un abaissement de la tension artérielle à 13/6 et une bradycardie à 56 pulsations par minute. On a vu le malade blêmir et s'incliner tout d'une pièce sur le côté. Il serait tombé sans le soutien des observateurs qui l'entouraient.

De même, on n'aura jamais négligé de procéder à la comparaison d'un côté à l'autre, car un point bilatéral nous indique une exaltation de la sensibilité des trajets nerveux, mais n'a aucune valeur à notre point de vue.

En recherchant systématiquement le point cervical sur un ensemble de malades examinés avec M. Parturier en les prenant au hasard, nous avons établi la classification suivante :

§ 1

des malades ne présentant aucune affection hépato-biliaire. Sur 55 sujets non hépatiques, nous avons trouvé :

a) trente cas où un point cervical supérieur droit était accompagné d'un point sympathique du côté gauche. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'existence d'un point bilatéral ne donne aucun indice sur une vésicule biliaire ou un foie atteints, mais traduit uniquement un état nerveux exalté. (Cade et Parturier.)

b) vingt-cinq fois, un point cervical supérieur gauche existait sans point cervical supérieur droit. Il s'agissait chaque fois de lésions organiques gastriques ou duodénales.

OBSERVATIONS

M. F. R.... 35 ans :

Ulcus pylorique. — Vient nous voir parce que, depuis trois ans, il présente des crises douloureuses, siégeant dans la région épigastrique, accompagnées de vomissements et séparées par des périodes d'accalmie qui, au début, variaient entre un ou deux mois, mais qui ultérieurement sont devenues plus courtes.

En 1935, a eu une hématomèse peu abondante d'ail-

leurs. Dernièrement, a présenté une crise violente, siégeant toujours dans la région épigastrique, irradiant dans le dos et survenue un quart d'heure après le repas de midi. Elle a été suivie et soulagée par des vomissements dans lesquels le malade se rappelle avoir pu déceler des traces de sang. Pas de mœlena.

Actuellement on remarque une pâleur assez accentuée du visage. Grande fatigue. Régurgitations acides. Brûlures de l'estomac. L'appétit est bon. On note de la constipation. Les crises apparaissent toujours un quart ou une demi-heure après les repas.

Douleur vive à la pression de la région épigastrique. La réaction de Meyer est positive dans les selles, dénotant une hémorragie occulte. Le cliché radiographique montre des niches de Haudeck au niveau de la région pylorique. On trouve un point cervical supérieur gauche douloureux à la pression.

M. T. A..., 14 ans :

Cancer de l'estomac. — Vient nous consulter parce qu'il est très fatigué, parce qu'il n'a pas d'appétit et surtout parce qu'il a maigri de neuf kgs. dans les deux derniers mois. En dehors de l'anorexie, il se plaint d'autres troubles digestifs : vomissements et constipation.

Jamais de mœlena, ni d'hématémèses.

Eprouve des vertiges. Il ne se plaint d'aucun autre trouble.

On trouve un point cervical supérieur gauche.

Au premier abord, on remarque une pâleur extrê-

me des téguments. Des examens ultérieurs faits après hospitalisation montrent :

Une anémie à 1.750.000 globules rouges, avec augmentation de la valeur globulaire, anisocytose et poïkilocytose.

La réaction de Meyer montre des hémorragies occultes dans les selles.

L'examen radiographique nous dévoile une lacune de la grosse tubérosité de l'estomac.

D'ailleurs, une laparotomie ultérieure a confirmé le diagnostic.

§ 2

Des malades qui venaient nous voir pour une douleur dans l'hypochondre droit et auxquels la pression du sympathique au niveau de la troisième vertèbre cervicale ne déterminait aucune douleur. Dans tous ces cas, le foie et les voies biliaires étaient indemnes et nous avons pu diagnostiquer soit une affection rénale (lithiase, ptose, etc.), soit des crises d'origine pylorique ou appendiculaire.

§ 3

Des hépato-biliaires avérés.

Sur 125 malades présentant des signes certains d'affection hépato-biliaire, nous avons constaté :

a) un point cervical supérieur droit, ou à grande prédominance droite, dans tous ces cas observés ;

b) il était accompagné d'un point cervical inférieur droit, dans trente cas.

OBSERVATIONS

Mme Th. B..., 39 ans (12 décembre 1935) :

Mariée, elle a deux enfants bien portants. A fait une fausse couche de cinq mois et demi en 1928. Bien réglée.

Elle vient nous consulter pour des crises douloureuses, siégeant dans l'hypochondre droit et durant depuis cinq ans. Une crise violente est apparue il y a trois semaines, vers 21 h., se caractérisant par des douleurs violentes au niveau de l'hypochondre droit, avec des irradiations vers l'omoplate droite, des vomissements alimentaires et biliaires. Elle a été calmée par la morphine. Pas de fièvre. Pas d'ictère.

La digestion est lente et pénible. Il y a de l'intolérance pour les graisses et pour les œufs, de la constipation, des migraines ; elle maigrit. Elle présente de la somnolence après les repas.

Examen. — Kératite chronique de la cornée droite. Strabisme interne de l'œil gauche. Tachycardie à 108; T.A. = 17/10.

Le flanc droit est sensible. Pas d'hémorroïdes.

Le foie déborde d'un travers de doigt le rebord costal.

La vésicule biliaire est sensible. On trouve un point cervical supérieur droit.

M. F..., 37 ans, imprimeur :

Intoxication saturnine. Syphilis à l'âge de 18 ans, traitée pendant deux ans.

Depuis deux ans : douleurs à type de crampes abdominales, survenant presque tous les jours et durant une demi-heure. Constipation. Pas de vomissements. Le sommeil est troublé par des cauchemars. Céphalée. Grande fatigue.

Examen : Pâleur des téguments. Gros ventre. Par la pression on détermine une douleur au-dessus de l'ombilic. Hyperesthésie cutanée à ce niveau.

Le foie dépasse de quatre travers de doigts le rebord costal. Il est sensible à la palpation. La vésicule biliaire est douloureuse. T.A. = 17/11. Le pouls est lent (56 et tendu).

Présente des gingivorragies et un liseré gris bleuâtre des gencives. Présence d'une point cervical supérieur droit.

Mme L..., 38 ans :

Lithiase biliaire. — A trois enfants, bien portants.

Vient nous consulter, parce que depuis deux ans, à la suite de son dernier accouchement, elle présente, en général à distance des repas, des crampes dans l'hypochondre droit, se répétant à des heures fixes, vers sept heures du matin ou vers dix-sept heures.

Dernièrement, elle a eu une crise violente, caractérisée par une douleur aiguë s'irradiant vers l'épigastre, l'épaule droite et le dos, suivie de vomissements alimentaires d'abord, biliaires ensuite. Elle a présenté de la fièvre à 39°. Elle souffre d'une céphalée occipitale.

Examen. — Subictère.

Le rein droit est flottant. La région hépatique est sensible.

La vésicule biliaire est douloureuse à la pression. On trouve un point cervical supérieur droit et un point cervical inférieur droit de Chauffard.

Mme P. ., 54 ans (26-11-1935) :

Cholécystite. — Ménopause à 44 ans.

A souffert de l'estomac il y a 13 ans à l'occasion de son accouchement, quand elle a eu une hémorragie importante un quart d'heure après le post-partum. Elle a présenté les accidents suivants : une phlébite et une embolie caractérisée par des crachats hémoptoïques. Depuis, elle souffre de la région épigastrique. A maigri de 7 kgs. en 10 jours.

Depuis six jours : des vomissements alimentaires et biliaires, du subictère, de la fièvre à 38°5, une douleur dans l'hypochondre droit.

Examen : Ptose abdominale légère.

Le foie dépasse de trois travers de doigts le rebord costal.

La vésicule biliaire est très sensible à la pression. en position renversée. Le muscle droit est contracturé.

On constate la présence d'un point cervical supérieur droit et d'un point cervical inférieur droit.

M. G..., 35 ans.

Lithiase biliaire. — Vient nous consulter pour une douleur dans la région épigastrique, s'accompagnant de diarrhée post-prandiale.

Amaigrissement. Très fatigué le matin au réveil.

Aspect cholémique.

Le foie est sensible et déborde légèrement le rebord costal. Il est augmenté de consistance.

La vésicule biliaire est sensible. A la radiographie, la vésicule avec tétraïode montre des calculs.

Constatation d'un point cervical supérieur droit.

Mme N. A..., 36 ans :

Urticaire. — Depuis neuf mois elle est sujette à des poussées d'urticaire, s'accompagnant d'alternatives de diarrhée et de constipation, de nausées et de céphalée.

Le foie est douloureux à la pression et déborde légèrement le rebord costal.

Point cervical supérieur droit.

M. L. G..., 52 ans :

Cholécystite douloureuse. — Il vient nous consulter parce que, depuis quelques années, il présente des vomissements biliaires le matin à jeun et après les repas de midi, une tension douloureuse dans l'hypochondre droit, douleur irradiée vers l'épaule droite et augmentée par les mouvements respiratoires.

La bouche est amère et pâteuse. La langue est saburrale.

Constipation. Le teint est subictérique.

Le foie déborde de deux travers de doigts le rebord costal et son palper est douloureux. La vésicule biliaire est sensible à la pression.

Existence d'un point cervical supérieur droit.

Mme A..., 59 ans :

Premières règles à 10 ans. A deux enfants. Premier accouchement à 15 ans. Ménopause à 37 ans.

A été bien portante jusqu'à la mort de son mari, survenue il y a quatre ans. Depuis : elle présente des troubles digestifs avec des douleurs dans l'hypochondre droit. Jamais de crises violentes. Subictère léger. Sensation de dérobement des jambes. Frilosité.

Examen : Des varices sur la face interne des jambes et des cuisses. L'abdomen présente des vergetures. Le ventre est flasque. Ptose et ballonnement abdominal.

Le foie déborde de deux travers de doigts le rebord costal.

La vésicule biliaire légèrement sensible en décubitus dorsal est très sensible en position renversée.

On trouve un point cervical supérieur droit.

Mme S. A..., 48 ans (27-1-1936) :

Cholécystite. — Mariée. Pas d'enfants. Depuis un an présente : du prurit généralisé, un amaigrissement de 4 kgs ; de la pesanteur au niveau de l'hypochondre droit, des alternatives de diarrhée et de constipation. Pas de migraines. Pas d'ictère, ni de fièvre.

Examen : Elle présente des varices et des hémorroïdes. Le corps thyroïde est gros. Tachycardie à 120. T. A. = 14/7.

Sensibilité à la pression de l'hypochondre droit. Pas de grosse rate, pas de ganglions.

Le foie est ptosé et augmenté de volume. Pas de changements de sa consistance. La vésicule biliaire est très sensible.

Un point cervical supérieur droit très sensible.

Un point cervical inférieur droit légèrement sensible.

Mme F. Y..., 36 ans :

Depuis dix ans : des crises douloureuses survenant vers trois ou quatre heures du matin, siègent dans l'hypocondre droit et irradient vers l'omoplate droite. Ces crises, très espacées d'abord, se produisirent ensuite toutes les semaines. Elles étaient suivies de nausées. Pas de vomissements, pas de fièvre. Jamais d'ictère. La malade présente de l'anorexie, surtout pour les graisses et pour les œufs, de la constipation, de l'aérophagie, des poussées d'urticaire. A maigri de 9 kgs en 16 ans. La bouche est amère le matin au réveil. Nervosité. Insomnie.

Examen : Teinte subictérique des téguments. Le ventre est ballonné, très sensible à la palpation.

Le foie déborde de trois travers de doigts le rebord costal.

La vésicule biliaire est sensible. T.A. = 12/8
R.O.C. = 72/66.

Existence d'un point cervical supérieur droit.

Mme O. J.... 53 ans :

..*Cholécystite calculieuse*. — Il y a huit ans, elle a présenté une forte crise douloureuse épigastrique, survenue quatre heures après le repas de midi et durant un quart d'heure.

Les crises deviennent de plus en plus fréquentes. Dernièrement, trois fortes crises vers minuit. Les selles sont décolorées après les crises.

Gros foie. La vésicule biliaire est très sensible et saillante. T. A. 17. 9.

Constatation d'un point cervical supérieur droit.

Avec un traitement approprié, on a pu remarquer en même temps qu'une amélioration de tous les symptômes, la disparition du point cervical supérieur droit.

Dans quelques cas, nous avons constaté la survenance spontanée d'une douleur au niveau de la région cervicale, correspondant à la troisième vertèbre cervicale, à l'occasion de la pression de la vésicule biliaire malade.

Mme M..., 50 ans. *Cholécystite* :

Vient nous voir parce que, depuis quinze jours, elle présente une douleur en ceinture, avec irradiations vers l'épaule droite et dans le dos.

Le matin à jeun, la bouche est amère et pâteuse,

les digestions sont lentes et pénibles. Elle éprouve de la somnolence après les repas. Des troubles digestifs : de l'anorexie, des nausées, de l'intolérance pour la viande, les graisses, les œufs, les épices. Elle a maigri de 5 kgs en un mois. Asthénie.

Souffre de maux de tête et d'insomnie.

Examen : Gros ventre flasque.

Le foie est de volume normal, mais sensible à la palpation de son bord inférieur.

Au niveau de la vésicule biliaire, cette palpation, peu sensible en décubitus dorsal, éveille une vive douleur en position renversée. En même temps que cette douleur locale, la malade accuse une *douleur spontanée au niveau du point cervical supérieur droit*.

Par la pression directe en ce point, on détermine une douleur insupportable.

Après un traitement avec du bismuth et des suppositoires au mercure, en même temps qu'une amélioration de tous les symptômes, on constate une atténuation de la sensibilité du point cervical supérieur droit et la disparition de la douleur cervicale à la pression de la vésicule biliaire.

Mme B..., 41 ans :

Appendicectomie en 1931. Pleurésie droite en 1933.

Trois enfants. Pas de fausse couche.

Vient nous voir pour une douleur dans l'hypochondre droit, qui empêche la respiration et la marche. Des nausées. La bouche est amère et pâteuse. Pas de

constipation. Intolérance pour le fromage. Maux de tête.

Examen : La thyroïde est augmentée de volume.

Le foie déborde de deux travers de doigts. La vésicule biliaire est sensible. Sensibilité spontanée du point cervical supérieur droit au moment de la pression sur la vésicule.

Après un traitement avec de la génésérine et une ceinture antiptosique, il y a amélioration. Le point vésiculaire a disparu. Le point cervical supérieur droit est très atténué.

CONCLUSIONS

1° Le point cervical supérieur de G. Parturier, unilatéral droit ou à grande prédominance droite, existe nettement dans les affections douloureuses du foie et surtout de la vésicule biliaire.

2° Il est même plus constant que d'autres signes irradiés à distance, comme le point cervical inférieur droit, car :

a) sur la grande majorité des malades que nous avons eu l'occasion d'examiner, le point cervical supérieur existait seul, sans que le point phrénique (entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien) présentât la moindre sensibilité ;

b) il y a des malades qui présentent les deux points au moment de la plus grande intensité de leur état, mais chez lesquels on ne constate que le point cervical supérieur droit au début et à la fin des accidents.

3° La constatation d'un point cervical supérieur droit ne permet pas de conclusions sur la nature de la lésion causale, mais elle nous semble de grande importance pour le diagnostic des crises vésiculaires, des cholécystites, des états hépatiques douloureux en général et pour leur différenciation d'avec les crises d'origine appendiculaire, rénale ou pylorique.

4° Nous trouvons dans ces faits, avec M. G. Parturier, des arguments en faveur de la nature sympathique des points douloureux du cou. Ce qui ne paraît pas douteux pour le point cervical supérieur, semble devoir s'appliquer au point cervical inférieur. Ce n'est donc pas le phrénique, mais le sympathique qui serait en cause dans le point de Chauffard.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AVIERINOS. — *Thèse de Montpellier.*

CADE et PARTURIER. — Les points douloureux de la base du cou et leur valeur séméiologique dans les affections abdominales. *Revue de Médecine*, 1919.

CHAUFFARD. — *Lithiase biliaire.*

COSTA et TROISIER. — *Le point phrénique dans l'ictère infectieux.*

HEYMANS (C.). — *Le sinus carotidien et les autres zones vasosensibles*, 1929.

PARTURIER (Gaston). — *Séméiologie biliaire*, Doin, 1926.

— *Les grands syndromes (hépatologiques)*. Vigot, 1929.

— Un nouveau point cervical dans les syndromes douloureux hépatiques, 12 mars 1935, *Société Médicale et Anatomique de Lille*.

POIRIER. — *Anatomie topographique.*

TESTUT. — *Traité d'Anatomie humaine.*

WAELE (H. DE). — *Traité de Physiologie Roger et Binet.*

